

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1936

THÈSE

N^o 169

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Lucien GIBERGY

Né le 27 Novembre 1898, à Lyon (Rhône)

**Le Médecin praticien
devant les difficultés
de l'allaitement maternel**

Président de Thèse : M. BRINDEAU, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE LE FRANÇOIS

91, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 91

1936

ANNÉE 1936

N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Lucien GIBERGY

Né le 27 Novembre 1898, à Lyon (Rhône)

Le Médecin praticien devant les difficultés de l'allaitement maternel

Président de Thèse : M. BRINDEAU, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE LE FRANÇOIS

91, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 91

1936

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	LÉON BINET.
Physique médicale.....	STROHL.
Chimie médicale.....	DESGREZ.
Bactériologie	ROBERT DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie médicale et générale.....	BAUDOUIN.
Pathologie chirurgicale.....	CHEVASSU.
Anatomie pathologique.....	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.....	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive.....	TANON.
Médecine légale.....	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée....	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.	MAURICE VILLARET.
Clinique médicale.....	LOEPER
	CARNOT.
	CLERC.
	MARCEL LABBÉ.
	LEREBoullet.
	NOBECOURT.
Hygiène et clinique de la première enfance	H. CLAUDE.
Clinique des maladies des enfants.....	GOUGEROT.
Clinique des maladies mentales et des ma-	GUILLAIN.
ladies de l'encéphale.....	LEMIERRE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	CUNÉO.
Clinique des maladies du système nerveux	GOSSET.
Clinique des maladies infectieuses.....	GRÉGOIRE.
Clinique chirurgicale.....	LENORMANT.
	TERRIEN.
Clinique ophtalmologique.....	MARION.
Clinique urologique	BRINDEAU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements.....	JEANNIN.
	N.
Clinique gynécologique.....	OMBREDANNE.
Clinique chirurgicale infantile et ortho-	RATHERY.
pédie	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique médicale.....	PIERRE DUVAL.
Clinique oto-rhino-laryngologique.....	SERGENT.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	BEZANÇON.
Clinique propédeutique.....	
Clinique de la Tuberculose.....	MATHIEU.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'a-	HOVELACQUE.
dulte	MULON.
Professeurs sans chaire.....	OLIVIER.
	VERNE.
	MOCQUOT.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

Pathologie médicale.....	BÉNARD HENRI.
Pathologie médicale.....	BERNARD ETIENNE.
Pathologie médicale.....	BOULIN.
Histologie	BULLIARD.
Pathologie médicale.....	CATHALA.
Pathologie médicale.....	CHEVALLIER.
Physique	DOGNON.
Urologie	FEY.
Parasitologie	GALLIARD.
Bactériologie	GASTINEL.
Pathologie chirurgicale.....	DE GAUDART D'ALLAINES
Physiologie	GAYET.
Histologie	GIROUD.
Pathologie médicale.....	HAGUENAU.
Oto-rhino-laryngologie	HALPHEN.
Pharmacologie	HAZARD.
Anatomie pathologique.....	HUGUENIN.
Hygiène	JOANNON.
Chimie biologique.....	LABBÉ HENRI.
Obstétrique	LACOMME.
Obstétrique	LANTUEJOUL.
Pathologie médicale.....	LAROCHE GUY.
Pathologie expérimentale.....	LEMAIRE.
Pathologie chirurgicale.....	LEVEUF.
Pharmacologie	Mlle J. LEVY.
Neurologie et Psychiatrie.....	LEVY-VALENSI.
Pathologie médicale.....	MOREAU.
Pathologie chirurgicale.....	MOULONGUET.
Pathologie médicale.....	MOUQUIN.
Anatomie pathologique.....	OBERLING.
Pathologie chirurgicale.....	PETIT-DUTAILLIS.
Médecine légale.....	PIÉDELIEVRE.
Obstétrique	PORTES.
Physiologie	RICHET.
Chimie biologique.....	SANNIÉ.
Pathologie chirurgicale.....	SENÈQUE.
Pathologie expérimentale.....	TROISIER.
Pathologie médicale.....	TURPIN.
Obstétrique	VIGNES.
Pathologie chirurgicale.....	WILMOTH.
Hydrologie.....	BEZANÇON Justin.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

Pathologie chirurgicale.....	ALGLAVE.
Pharmacologie	BUSQUET.
Physiologie	CHAILLEY-BERT.
Anatomie pathologique.....	LEROUX.
Parasitologie	NEVEU-LEMAIRE.
Physique	N.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.		MM.	
ABRAMI.	} Clinique médicale	BASSET.	} Clinique chirurgicale
ALAJOUANINE.		BROCQ.	
AUBERTIN.		CADENAT.	
BRULÉ.		GATELLIER.	
CHABROL.		HEITZ-BOYER.	
CHIRAY.		MOURE.	
DONZELOT.		QUENU.	
DUVOIR.		SCHWARTZ.	
LIAN.		VELTER.	
PASTEUR-VALLERY- RADOT.			
SEZARY.			
MM.	} Clinique obstétricale.		
ECALLE			
GUENIOT.			
LE LORIER.			
LEVY-SOLAL.			
METZGER.			

V. — CHARGÉS DE COURS

	MM.
Education physique.....	CHAILLEY-BERT, agrégé.
Radiologie clinique.....	LEDoux-LEBARD.
Puériculture	WEIL-HALLÉ.
Stomatologie.....	FREY.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PERE ET MA MERE

*A qui je dédie ce modeste
travail.*

A MES FRERES

A MA SŒUR

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

A mon Président de Thèse

M. LE PROFESSEUR BRINDEAU

PROFESSEUR DE CLINIQUE OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

*Qui nous a inspiré ce travail et
nous fait le grand honneur
de présider cette thèse.*

A MES MAITRES DE LES HOPITAUX

M. le Professeur LEJARS (*in memoriam*).

M. le Professeur BEZANÇON.

M. le Professeur LEREBoullet.

M. le Professeur H. VIGNES.

M. le Docteur LE MEE.

INTRODUCTION

L'emploi de plus en plus répandu en France d'un appareil d'origine américaine, le tire-lait électrique du Docteur Abt, montrant tous les jours l'aide puissante qu'il peut apporter dans la résolution de tous les délicats problèmes ayant trait à la protection des tout petits, problèmes plus que jamais à l'ordre du jour, il nous a paru intéressant de rassembler dans ce travail les résultats déjà obtenus, et surtout de laisser entrevoir les conséquences heureuses qu'il est permis d'attendre de la généralisation de son emploi.

Cet appareil a fait ses preuves depuis longtemps en Amérique. Dès l'année de son apparition en France, en 1928, il était l'objet d'une communication de M. le Pr Brindeau à la Société d'obstétrique et de gynécologie de Paris (12 novembre). Un mois plus tard (10 décembre 1928), le Docteur Lantuéjoul, professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris, accoucheur des hôpitaux, faisait à la même Société une seconde communication, avec l'appui d'une observation qui sera rapportée plus loin et concluait en ces termes :

« La pompe électrique est un instrument qui marque un progrès sur les méthodes les plus anciennes. On peut, sans exagérer, dire qu'il y a urgence à la faire connaître et à en généraliser l'emploi ».

Depuis, plusieurs hôpitaux, maternités, ou centres de puériculture, tant à Paris qu'en province, ont adopté l'appareil et ont pu se rendre compte de la valeur de cet auxiliaire inégalable de l'allaitement naturel.

Si la réalisation, qu'on peut espérer très prochaine, du projet de création d'un centre de donneuses de lait, projet hautement approuvé par le Corps médical enseignant, demande pour réussir le concours de toutes les bonnes volontés agissantes, il nous a semblé que le rôle du médecin praticien pouvait être fort grand dans la question de l'allaitement maternel, un grand nombre de cas particuliers dépendant souvent de son autorité et de son expérience. L'aide précieuse, souvent indispensable, que lui apporte toujours le tire-lait électrique dans des cas difficiles ne doit pas être méconnue, non plus que la facilité qu'il y a maintenant, grâce à un service de location, à se procurer l'appareil.

Nous serons heureux si nous pouvons, par la présentation de ce modeste travail que nous a suggéré M. le P^r Brindeau, contribuer dans une faible mesure à la grande cause de la défense des tout petits.

PLAN

Dans le 1^{er} chapitre, nous rappellerons l'importance de l'allaitement maternel.

Le second chapitre sera consacré aux difficultés d'ordre surtout physiologique qui contrarient l'allaitement au sein. Nous y ferons également une étude rapide des moyens employés pour y remédier ayant l'apparition du tire-lait électrique. Nous ferons dans le chapitre III, une brève description de l'appareil d'Abt, dont nous indiquerons le fonctionnement. Nous ajouterons quelques mots sur sa diffusion en Amérique et en France. Dans le chapitre IV, nous parlerons des indications multiples du tire-lait électrique, justifiant tous les essais de diffusion de cet appareil.

Nous essaierons de montrer dans le dernier chapitre dans quelle mesure le médecin praticien est appelé à lutter contre les difficultés de l'allaitement maternel, et l'aide efficace, rapide, et surtout moins onéreuse qu'on peut le croire, que peut dans presque tous les cas lui assurer le tire-lait électrique.

Nous formulerons enfin les conclusions que nous pouvons tirer de l'exposé de ce travail.

CHAPITRE PREMIER

DE L'IMPORTANCE DE L'ALLAITEMENT MATERNEL

Il peut paraître superflu d'insister sur un sujet sur lequel tout le monde est d'accord. Aussi bien ne prétendons nous pas prouver l'importance de l'allaitement maternel, mais seulement remettre en mémoire les dangers que court l'enfant qui en est privé. Le Professeur Pinard a synthétisé dans une formule brève et célèbre « Le lait de la mère appartient à l'enfant » toute la valeur de la question. Mais ce droit, l'enfant qui vient de naître ne peut l'exercer que grâce à une bonne volonté commune, et le devoir de tout médecin est de travailler de toutes ses forces, par son expérience, par ses conseils, et par la connaissance complète des moyens dont dispose actuellement la médecine, à le rendre de jour en jour plus effectif.

S'il est certain que la plupart des mères ont le plus grand désir de nourrir leur enfant, il est malheureux

sement vrai que beaucoup y renoncent. Il faut bien dire que le premier des devoirs maternels, l'allaitement au sein, est souvent fort lourd à accomplir, surtout à notre époque. Le travail de la mère hors du foyer est difficilement conciliable avec l'allaitement naturel. Il y a là un obstacle d'ordre social qui n'est cependant pas invincible, mais on ne dispose guère que d'un moyen, sinon pour le vaincre, du moins pour atténuer ses méfaits : c'est la laiterie de lait humain. Elle existe en Amérique. Elle pourrait tout aussi bien exister en France. On l'y verra sans doute un jour, et ce n'est qu'une question de temps.

Les raisons sociales mises à part, il existe des causes d'ordre pathologique contre-indiquant fréquemment l'allaitement. Dans la plupart de ces cas, l'enfant présente une déficience originelle et ses intérêts sont opposés. C'est encore au médecin qu'il appartient de placer ces deshérités dans les meilleures conditions possibles en les faisant bénéficier des derniers bienfaits de la science moderne.

Il reste enfin les causes de non-allaitement au sein d'ordre physiologique. Ces causes sont traitables et le plus souvent guérissables, et seront exposées au chapitre suivant.

L'enfant privé de lait humain est une proie pour la maladie, et une proie qui ne résiste guère. Ce fait est connu depuis longtemps, mais il n'est peut-être pas inutile de rappeler que la mortalité infantile est environ 5 fois plus forte en ville, et 10 à 15 fois plus forte dans les agglomérations d'enfants — du moins

en temps d'épidémie — suivant que les enfants ont pu ou non profiter du lait maternel. L'enfant nourri au biberon est donc moins résistant. Il l'est pendant la lactation, il le sera encore plus tard, dans sa seconde enfance, et même à l'âge adulte. C'est dire qu'il subira pendant longtemps les conséquences d'une faute qu'il est donc nécessaire d'éviter le plus possible.

Un fait rapporté dans l'admirable livre du Docteur Rocaz, l'hygiène de l'enfant, est significatif pour démontrer l'influence favorable de l'allaitement maternel contre la mortalité infantile. A Lille, pendant la dernière guerre, au moment de l'occupation allemande, la mortalité infantile a diminué de façon très nette malgré les privations de toutes sortes dont souffraient les habitants. La fermeture des usines de la ville en fut la cause. Les mères, obligées de rester chez elles, allaitaient leurs enfants au sein.

Toutes les maladies de l'enfance, sans exception, sont plus graves lorsqu'elles frappent un enfant élevé au biberon. Les plus fréquentes d'entre elles — Rougeole, scarlatine, coqueluche — graves surtout par leurs complications, sont d'autant plus meurtrières que le potentiel de résistance de l'enfant qui en est atteint se trouve diminué. Il l'est toujours par l'allaitement strictement artificiel. Seul, le lait de la mère est naturellement humanisé. Seul, il est capable de transmettre à l'enfant les éléments nécessaires qui le placeront en état de résistance victorieuse. Bien que ces maladies ne se déclarent guère avant l'âge de deux ans, c'est-à-dire bien après le sevrage, l'organisme de

l'enfant leur résiste moins bien s'il n'a pas été aguerri par l'allaitement naturel. Toutes les statistiques le prouvent, et il n'est nul besoin d'insister davantage.

Aux trois maladies déjà citées — et qui sont les plus connues des mères — il faut en ajouter bien d'autres qui se rapportent plus directement encore à l'allaitement artificiel. Beaucoup d'anorexies infantiles ne reconnaissant pas d'autre cause. Le scorbut infantile, ou maladie de Barlow, la maladie du gros ventre de Samuel Gee, ou maladie coéliqua, toutes deux d'étiologie complexe où l'on peut faire entrer en partie la carence du lait de femme, sont traitées actuellement et très améliorées par le lait de sein. Le lait humain devient donc dans ces cas un véritable agent thérapeutique, et il agit avec succès même si l'enfant a dépassé l'âge habituel du sevrage.

La diarrhée cholériforme, qui n'atteint *jamais* l'enfant nourri au sein, la diarrhée des féculents, que l'on rencontre souvent au moment de l'ablactation, bénéficient également de ce traitement de choix.

Beaucoup de colites primitives de l'enfance résultent de fautes alimentaires, et en particulier d'un manque de résistance du tube digestif à l'infection, lequel a souvent pour origine la privation du lait de femme.

Si perfectionné que soit maintenant l'allaitement artificiel, tous les médecins connaissent les difficultés que l'on rencontre parfois pour trouver un lait convenant à un enfant. Ces difficultés sont quelquefois si grandes que l'on est obligé de revenir au lait de femme, très difficile à se procurer, sauf en Améri-

que, où l'industrialisation du lait humain a été réalisée. La question a été plusieurs fois posée en France, et sera certainement résolue un jour.

La différence de composition entre le lait de femme et le lait de vache est trop connue pour que nous en parlions beaucoup ici. Nous dirons cependant en peu de mots que le lait de vache contient plus de beurre, plus d'albumine (et surtout plus de caséine), moins de sucre, et surtout beaucoup moins de fer que le lait de femme. Il est en outre dépourvu des ferments spécifiques au lait humain, si favorables à l'assimilation et à la nutrition de l'enfant. Il manque en outre plus ou moins de vitamines. Si l'on ajoute que la valeur biologique des composants du lait de vache est différente à celle des composants du lait de femme, on doit reconnaître que ce dernier est irremplaçable pour l'enfant. Certes, le lait de vache a été modifié de bien des façons pour être adapté à l'organisme de l'enfant. Nier les progrès réalisés dans ce sens serait d'autant plus exagéré qu'ils conservent toute leur valeur dans les cas nombreux où l'on est obligé d'y recourir. Mais il n'en est pas moins vrai que le plus gros progrès à faire est certainement de convaincre la mère — et les arguments ne manquent pas — du devoir qu'elle a de faire tout son possible pour allaiter elle-même son enfant. Il faut non seulement la convaincre, mais aussi l'y aider par tous les moyens dont on dispose actuellement.

Cette campagne est entreprise depuis longtemps. Elle donne déjà des résultats. Tel en donnera de plus

grands encore lorsque tous ceux qui ont le devoir de protéger l'enfance se déclareront partisans déterminés du droit absolu de l'enfant qui vient au monde : être nourri au lait maternel.

CHAPITRE II

DIFFICULTES D'ORDRE PHYSIOLOGIQUE DE L'ALLAITEMENT AU SEIN ETUDE DES DIFFERENTS MOYENS EMPLOYES POUR Y REMEDIER AVANT L'APPARITION DU TIRE-LAIT ELECTRIQUE

— Ces difficultés sont nombreuses, et souvent graves. Certaines d'entre elles sont même si décourageantes qu'elles font parfois abandonner l'allaitement; mais prétendre qu'elles nécessitent cet abandon n'est cependant pas justifié dans la plupart des cas. Il faut ici encore se rappeler et tenir compte de l'affirmation du Professeur Pinard, établie par des milliers d'observations, et évaluant à 99 % la proportion des femmes capables de nourrir leur enfant, soit entièrement, soit avec l'aide de l'allaitement artificiel.

Il est difficile d'indiquer, même approximativement, la proportion d'enfants privés de l'allaitement naturel, mais on peut juger qu'elle est fort grande si l'on pense au nombre considérable de laits de toutes sortes mis en vente pour le remplacer. La multipli-

citée même de ces produits montre suffisamment que l'on est encore à la recherche d'un lait idéal. Le lait idéal est celui de la mère, et c'est à lui que l'on doit essayer de revenir de plus en plus.

Il est incontestable cependant que l'allaitement au sein offre, et souvent, de sérieux ennuis. Nous ne parlerons dans ce chapitre que des difficultés d'ordre surtout physiologique qui peuvent contrarier au début l'allaitement maternel, mais qui ne devraient pour ainsi dire jamais, de nos jours, constituer une contre-indication formelle. Qu'il nous soit également permis d'ajouter que même dans les cas où intervient, soit une cause d'ordre social comme l'indisponibilité de la mère, soit une cause d'ordre pathologique comme son mauvais état de santé, la difficulté peut être tournée, et l'enfant devrait pouvoir bénéficier, au moins en partie, de lait de sein.

Différentes causes sont susceptibles, au début ou plus tardivement, de contrarier ou d'empêcher l'allaitement au sein. Elles peuvent se rapporter, soit à la mère, soit à l'enfant.

Les causes se rapportant à l'enfant sont :

- 1° La débilité.
- 2° La prématuration.
- 3° Les malformations buccales.

Dans ces trois cas, l'enfant est le plus souvent incapable de téter. Dans les deux premiers, il n'en a fréquemment pas la force. Dans le dernier, il n'en a pas les moyens physiologiques. Force est donc dans

ces trois cas de recourir à l'allaitement indirect si l'on veut que l'enfant puisse profiter du lait de sa mère. Dans les deux premiers cas, c'est de la plus grande importance puisque la débilité et la prématuration l'exposent déjà plus que le nourrisson normal à la morbidité. On peut dire aussi que, dans le troisième cas, l'enfant étant appelé à subir à brève échéance une opération délicate n'y sera que mieux préparé par l'allaitement naturel.

Les différentes infections buccales (stomatites) du nourrisson gênent parfois l'allaitement au sein, mais d'une façon généralement passagère. Elles ne relèvent que d'une thérapeutique bien conduite.

Les causes se rapportant à la mère peuvent être classées ainsi :

- 1° Troubles de la sécrétion lactée.
- 2° Malformations du mamelon.
- 3° Affections du mamelon.

1° *Troubles de la sécrétion lactée.* — L'agalactie complète est très rare, mais elle peut être assez accentuée, même après un traitement patient et prolongé, pour réclamer l'adjonction de l'allaitement artificiel.

L'Hypogactie est assez fréquente et peut se voir à des degrés divers. Lorsqu'elle est très prononcée, et ne s'améliore que peu malgré le traitement, on lui donne le nom d'hypogalactie essentielle. Le professeur Marfan la rattache à une hypotrophie héréditaire de la glande mammaire : la mère qui n'allait pas transmettant à sa fille une aptitude amoindrie à la lacta-

tion. Cette explication est probablement la vraie, et n'est alors qu'une manifestation de la théorie de Darwin. Voilà qui serait peu rassurant pour l'avenir si on laissait la pratique de l'allaitement artificiel se généraliser. Nous n'en sommes heureusement pas encore là.

L'Hypogalactie banale peut être primaire, c'est à dire peut se voir dans les premiers jours qui suivent l'accouchement, ou secondaire, survenant plus tardivement, après le 2^e mois.

Primaire, elle résulte de plusieurs causes dont la principale est presque toujours un allaitement mal conduit. Le plus souvent, cette cause d'ypogalactée primaire disparaît avec une thérapeutique judicieuse, plus facile à appliquer qu'il peut paraître. D'autres causes plus rares, mais plus sérieuses peuvent être à la base d'une hypogalactie primaire : troubles utéro-ovariens, hérédités diverses, atrophie primaire ou accidentelle de la glande mammaire.

Le traitement a moins de prise peut-être dans ces derniers cas, mais il amène si souvent une amélioration appréciable, voire une guérison complète, qu'il doit toujours être tenté. Il faut d'ailleurs, et avant tout, envisager l'intérêt de l'enfant si l'hérédité est en jeu.

L'Hypogalactie du début n'est souvent autre chose qu'une montée de lait retardée. Il faut dans ce cas non seulement savoir l'attendre, mais tout mettre en œuvre pour la provoquer. Il est admis aujourd'hui que le meilleur des galactogènes est la succion du ma-

melon. L'enfant réalise ordinairement cet excitant physiologique indispensable de la sécrétion lactée, mais il peut entrer dans une des catégories indiquées précédemment, ou simplement faire preuve de paresse. Dans ce dernier cas, la mère s'inquiète à la pensée que son enfant ne prend pas une nourriture suffisante, il ne lui vient guère à l'idée de l'incriminer, et elle se décourage vite. C'est à ce moment que les conseils autorisés lui sont du plus grand secours, et lui font malheureusement encore trop souvent défaut. Il est bien difficile de prêcher la patience, mais le médecin, certain de l'utilité de ses efforts — et aujourd'hui il peut l'être — pourra bien souvent empêcher un renoncement prématuré de la mère. Nous parlerons plus loin des médicaments dits galactogènes à qui beaucoup de mères s'adressent encore — la plupart du temps en pure perte — pour remédier à l'insuffisance de leur lait. On est à peu près fixé aujourd'hui sur la valeur de ces médicaments, lesquels d'ailleurs, et à priori, sont incapables de remplacer une action où la physique pure joue le plus grand rôle.

L'hypogalactie secondaire reconnaît plus fréquemment que l'hypogalactie primaire une cause d'ordre pathologique. Bien qu'une prophylaxie assez rigoureuse soit, d'instinct d'abord, en second lieu par l'observation de règles familiales courantes, pratiquée le plus souvent par les femmes qui nourrissent, il arrive quelquefois que la maladie générale ou l'infection locale entravent l'allaitement au sein. La tendance actuelle est de ne suspendre l'allaitement,

dans ces cas, que si c'est une nécessité inéluctable, et le médecin seul peut en juger. Mais il faut bien savoir que, même dans les cas où les circonstances auront commandé l'interruption de l'allaitement maternel, celui-ci pourra être repris avec les plus grandes chances de succès quand le danger aura été écarté, même si la durée de cette interruption a été importante.

L'hypergalactie peut être considérée aussi comme un trouble de la sécrétion lactée, mais on peut dire que dans ce cas l'abondance de biens ne nuit guère, car la traite artificielle, actuellement facile, remet rapidement les choses en ordre.

Nous verrons plus loin, (Ch. IV), les services que peut rendre le tire-lait électrique dans les cas nombreux de troubles de la sécrétion lactée.

2° *Malformations du mamelon.* — Les malformations du mamelon constituent une gêne considérable à la mise au sein du nourrisson. Même si celui-ci est sain et vigoureux, il lui est souvent impossible de têter. Il ne peut manifester sa déconvenue que par des cris qu'il ne faut pas trop se hâter de calmer par un biberon de lait étranger.

Ces malformations existent à des degrés divers. Le mamelon peut être trop court, conique, ou en cône tronqué. Il peut être plan, impossible à saisir, ou même ombiliqué, forme la plus défectueuse. Ces malformations, lorsqu'elles sont poussées à un degré avancé, peuvent être un obstacle irréductible à l'allaitement direct, du moins, immédiatement. Il y a d'ail-

leurs intérêt à cesser l'allaitement direct tant que la viciation n'est pas réduite. Or, elle peut l'être dans la plupart des cas si l'on veut s'en donner la peine. L'enfant à lui tout seul est incapable de venir à bout de ces défauts du mamelon. Bien au contraire, il les complique souvent et peut provoquer des accidents plus ou moins graves.

3° *Affections du mamelon.* — Elles sont au début d'ordre traumatique, l'infection pouvant les compliquer ensuite, soit par l'intermédiaire de la flore buccale du nourrisson, soit par le contact des vêtements. Le traumatisme peut résulter, comme il vient d'être dit, par la succion intempestive d'un mamelon défectueux, mais un mamelon normal peut aussi en pâtir à la suite de tétées prolongées ou trop fréquentes quand l'hypogalactie est en cause, ou simplement quand l'hygiène locale est insuffisante.

Il ne peut s'agir au début que d'une simple gerçure qui peut cependant devenir très douloureuse. Trop souvent, la gerçure se transforme en crevasse plus ou moins profonde, et la douleur devient telle qu'elle peut retentir sur la sécrétion du lait au point de la rendre infime.

La crevasse déclarée, il faut la guérir, et la guérir le plus vite possible. La crevasse entraîne en effet l'hypogalactie, et l'hypogalactie à son tour détermine des suctions prolongées. D'où un cercle vicieux (Vignes) qu'il faut éviter de laisser se produire en lui opposant un traitement efficace et rapide.

Les méfaits des crevasses ne se bornent d'ailleurs pas à la douleur parfois atroce qui éprouve la mère

et à l'insuffisance de sécrétion lactée dont souffre l'enfant. Elles constituent la porte ouverte à l'infection pouvant aller jusqu'à la lymphangite et l'abcès du sein. En outre, le lait peut s'infecter et nuire à l'enfant. Dans beaucoup de cas, l'arrêt de l'allaitement s'imposera donc jusqu'à la guérison complète, et c'est cette guérison qu'il faut hâter.

*
**

C'est en 1928 que le tire-lait électrique du Dr Abt, connu et employé en Amérique depuis 1921, a fait son apparition en France, et c'est au mois de novembre 1928 qu'il a fait l'objet pour la première fois d'une communication à la Société d'Obstétrique et de Gynécologie par le Professeur Brindeau. Depuis ses débuts dans notre pays, ce nouveau tire-lait n'a cessé de recueillir les approbations les plus flatteuses, tant les questions ayant trait à l'allaitement au sein se sont, grâce à son emploi, améliorées et même transformées.

Nous exposerons au chapitre IV dans quelle mesure cet appareil « techniquement parfait » (Pr. Hamon, de Strasbourg) peut apporter son aide bienfaisante dans tous les cas où l'allaitement maternel se trouve en péril, et nous allons maintenant passer en revue les moyens employés pour conjurer le danger avant sa venue.

Tous ces moyens n'ont pu résoudre la question. Ils ne conservent actuellement qu'un avantage sur

le tire-lait d'Abt : c'est la modicité de leur prix d'achat. Mais ils sont parfois d'une telle inefficacité qu'ils devront de plus en plus céder la place au tire-lait électrique, qui « semble constituer une véritable renaissance de l'emploi du tire-lait » (Pr Hamm).

Les difficultés à surmonter dans l'allaitement sont, comme on l'a vu, de plusieurs ordres : Ilypogalactie, malformations, affections du mamelon. La traite artificielle devenant nécessaire si l'impossibilité de la mise au sein vient de l'enfant.

Dans l'hypogalactie, on a eu recours, et maintenant encore beaucoup de produits sont en vente dans ce but, aux médicaments dits galactogènes, et cela bien souvent sans se préoccuper beaucoup de sa cause exacte. Parmi ces produits, nous citerons le galéga, la farine de graine de cotonnier, l'opothérapie sous diverses formes : placentaire, mammaire, ou ovarienne. Si tous ces agents ont eu dans certains cas une action favorable, on peut au premier chef leur reprocher d'agir souvent à faux. Nous avons vu en effet que l'hypogalactie résulte très fréquemment d'un manque de sollicitation de la glande mammaire par succion insuffisante du mamelon, ce qui revient à dire que la paresse ou l'incapacité physique du nourrisson en sont les causes premières. Si le nourrisson se révèle incapable d'adapter la glande mammaire, même si elle est en état de l'être, à sa fonction physiologique, les moyens médicamenteux que l'on peut employer à cet effet ne sont donc pas d'une indication formelle, et, dans ce cas, la thérapeutique la

plus logique consiste à suppléer par des moyens physiques à l'insuffisance du nourrisson. On peut évidemment objecter qu'en l'occurrence le mieux n'est pas ennemi du bien, et que l'enfant paresseux ou débile aura sa tâche facilitée si l'on peut lui présenter un sein gonflé de lait. Mais il faut alors se rappeler que la condition essentielle — admise aujourd'hui — d'une bonne sécrétion mammaire est la traite totale du sein, traite qu'il faudra compléter, si la thérapeutique dépasse le but (en cas d'enfant débile ou paresseux par exemple) par un moyen artificiel, ce qui complique inutilement les choses. Les agents galactogènes externes : frictions, massages, électricité sous diverses formes, n'échappent pas à cet inconvénient. Il faut d'ailleurs croire que tous ces moyens, internes ou externes, n'ont pas donné une satisfaction sans réserves puisque le Professeur Marfan a préconisé, dans certains cas où il est possible de le faire, « l'allaitement mutuel ». Ce procédé consiste essentiellement à échanger les enfants de deux mères, à condition que l'un d'eux se révèle tétéur exceptionnel, et qu'en outre on ne l'expose pas à être rebuté par une forte hypogalactie ou une viciation importante du mamelon. Ce moyen réussit, mais il n'est pas d'une application facile en ville, et surtout ne peut être employé sans danger que lorsqu'on est bien sûr d'avoir écarté toute possibilité de transmission de maladies contagieuses. Ajoutons que cette expérience ne fait que confirmer l'excellence du galactogène naturel qu'est la succion du mamelon.

C'est d'ailleurs à la succion artificielle du mamelon que l'on a eu le plus souvent recours, en dehors des galactogènes divers, pour combattre l'hypogalactie et certaines autres causes de dysgalactie.

L'hypogalactie peut n'être, comme on l'a vu, qu'une montée de lait retardée. Si une attente relative est permise dans le cas où le nourrisson paraît présenter une aptitude normale à la succion, elle n'est plus de mise lorsque l'insuffisance de celui-ci est constatée, ou lorsqu'une malformation quelconque du mamelon contrarie ses efforts. L'aboutissant de ces différentes causes sera, on le sait, le traumatisme du mamelon, origine des crevasses et de leurs complications, puis l'insuffisance lactée par défaut de sollicitation de la glande mammaire. Toutes ces causes ou effets s'intriquent donc plus ou moins, et commandent la traite artificielle qu'il y a lieu d'appliquer au moment voulu.

Les moyens employés dans ce but avant l'apparition du tire-lait électrique, et usités encore beaucoup trop souvent, sont les différents modèles de teterelles et de bouts de seins et la succipompe de de Rohan. Cette dernière seule mérite une place à part, car elle a rendu et rend encore de réels services. Il ne lui manque que l'automatisme, et surtout l'automatisme réglable qui a fait le succès de l'appareil d'Abt. C'est peut-être trop peu dire que le tire-lait électrique imite à la perfection la succion physiologique du nourrisson. Il la dépasse parfois de loin, puisqu'il vient à bout, et très rapidement la plupart du temps, de difficultés où le nouveau-né le mieux constitué et le

mieux intentionné du monde se trouve souvent en échec. Si l'hypogalactie simple peut être vaincue par un enfant sain et robuste, les malformations du mamelon sont pour lui un obstacle presque irréductible lorsqu'elles sont un peu sérieuses. Le tire-lait électrique résout la question quand on le substitue à l'enfant pendant un temps le plus souvent fort court. Si l'on ajoute que ce dernier profite intégralement du lait maternel au cours du traitement, on comprend l'urgence qu'il y a « à faire connaître cet appareil et à en généraliser l'emploi » (Dr. Lantuéjoul).

La succipompe de de Rohan mise à part, car il faut reconnaître que c'est le premier instrument qui ait cherché, et y soit arrivé en partie, à imiter la succion physiologique du nourrisson, les imperfections des tire-lait d'emploi courant sont nombreuses. Ils agissent seulement dans les cas faciles, non sans demander beaucoup d'efforts et causer beaucoup de fatigue, tant à la mère qu'à l'enfant. Dès que d'obstacle à l'allaitement est un peu sérieux : hypogalactie accentuée ou viciation importante du mamelon, ils s'avèrent le plus souvent inefficaces ou ne donnent qu'un résultat très insuffisant. L'enfant dépérit, la mère s'alarme et se décourage, et l'allaitement est abandonné. C'est ce qu'il faut précisément éviter et c'est ce que le tire-lait électrique permet de faire.

On se contente parfois d'un bout de sein, soit pour protéger un mamelon atteint de crevasses, soit pour l'idée en est ancienne, puis qu'on attribue l'invention obvier à la forme défectueuse d'un mamelon anormal.

du premier bout de sein à Ambroise Paré, modifié en 1653 par Scultet, qui le perça de trous pour le rendre utilisable à la succion de l'enfant. Le plus employé est actuellement le bout de sein de Bailly, simple et bon marché. Le Professeur Metzger a pu l'améliorer sérieusement, mais le bout de sein est loin d'être parfait. Il a le gros inconvénient de favoriser l'aérophagie du nourrisson, et ne demeure en définitive qu'un moyen médiocre (Benoist).

Les crevasses peuvent être évitées dans une certaine mesure par une prophylaxie attentive. Les frictions alcooliques avant l'accouchement connaissent actuellement moins de faveur. On les a accusées d'être souvent la cause d'une véritable épidermide alcoolique (Strassmann et Vignes). L'emploi mesuré des gras, axonge, lanoline, beurre de cacao, offre plus de sécurité, mais la prophylaxie des crevasses ne commence réellement qu'avec le début de l'allaitement (Vignes). La thérapeutique des crevasses est actuellement bien au point (1), mais il n'est pas exagéré de dire que le tire-lait électrique d'Abt est, dans ces cas encore, l'agent de choix par la promptitude et la plénitude du traitement qu'il réalise.

Au chapitre IV, nous parlerons des indications multiples du tire-lait électrique, et nous n'aurons pas de peine à prouver que l'emploi de cet appareil s'est révèle de premier ordre, soit pour provoquer la sécrétion lactée, soit pour l'activer, soit pour réduire une

(1) Les crevasses du mamelon, par le D^r Henri VIGNES, Professeur agrégé de la Faculté de Médecine de Paris, dans *Le Nourrisson*, de Janvier 1934.

viciation du mamelon ou pour le guérir s'il en est besoin, soit enfin pour permettre l'allaitement indirect d'un enfant malade, débile ou prématuré.

Nous ne citerons que pour mémoire les différents moyens de fortune qui ont été plus ou moins mis en pratique pour remédier aux accidents de l'allaitement au sein, rappelés par le Dr Benoist dans sa thèse (Paris 1929), et devant de nos jours être rejetés sans réserves :

Titillations et massages, pendant les deux derniers mois de la grossesse, des mamelons mal conformés, manœuvres susceptibles de déterminer des contractions utérines prématurées.

Succions du mamelon par le mari ou la mère de l'accouchée, voire par une tireuse de lait professionnelle, dont le gros danger était la transmission possible d'une maladie et surtout de la syphilis.

Aspiration du mamelon par une ventouse en verre ou en caoutchouc, ou par l'entremise d'une pipe en terre dont le fourneau coiffe le mamelon, la mère aspirant par le tuyau.

Tous ces moyens, inefficaces ou dangereux, n'ont évidemment jamais du être d'un secours appréciable.

CHAPITRE III

LE TIRE-LAIT ELECTRIQUE DU DOCTEUR ABT. SA DIFFUSION EN AMERIQUE ET EN FRANCE

Il est impossible de résumer en quelques mots la physiologie de l'allaitement au sein, mais on peut en détacher les faits suivants qui sont les plus importants :

Tout d'abord, « le sein n'est pas une autre pleine de lait, c'est une glande qui secrète. » (1).

Le Professeur Marfan, explique ainsi le mécanisme de cette sécrétion : La sécrétion lactée est avant tout le produit d'un acte reflexe. Le point de départ habituel du reflexe est l'excitation du mamelon par le succion ou la traite. (2).

Lorsque la succion du mamelon par le nourrisson peut avoir lieu dans des conditions physiologiques normales, il n'est nul besoin de la traite, sauf dans le cas d'hypergalactie. Notons qu'une hypergalactie,

(1) METZGER. — *L'Accoucheur moderne*, 1929.

(2) MARFAN. — *Traité de l'allaitement*, 4^e édition, 1930.

d'ailleurs plus apparente que réelle, se voit assez souvent dans les premiers jours qui suivent l'accouchement, l'enfant ne prenant au début que peu de nourriture. Dans ce cas, la traite artificielle, pratiquée aussitôt après la tétée, complète heureusement l'action du nourrisson en préparant une bonne sécrétion lactée ultérieure. Si la traite artificielle s'impose pour une autre raison, elle devra alors obéir à cette loi que l'expérience a établie, c'est-à-dire être complète, et sera en outre effectuée sur un rythme lent, et dans le minimum de temps.

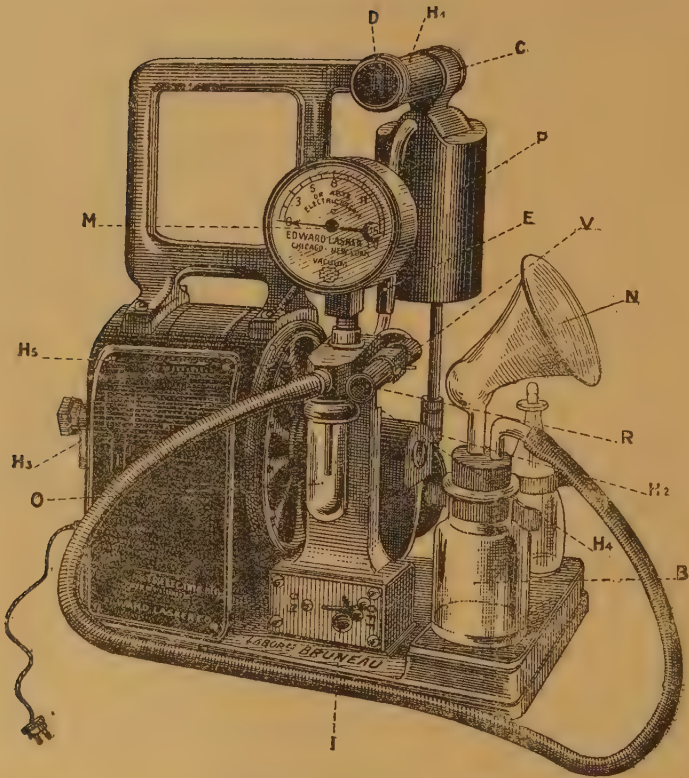
La glande mammaire obéit donc le plus volontiers à une sorte de « sollicitation » qui sera d'autant plus effective, si elle est artificielle, qu'elle se rapprochera de la succion naturelle.

Le tire-lait électrique du Dr Abt semble avoir répondu à ces conditions, et nous ne pouvons mieux faire que reproduire les jugements qui ont été portés sur son compte depuis son apparition en France.

Dans son traité de l'Allaitement, le Professeur Marfan lui consacre les lignes suivantes :

« Le tire-lait électrique est un appareil excellent, il est appelé à rendre les plus grands services. Il permet de vider la mamelle sûrement et complètement sur un rythme lent et cependant en un temps relativement court. »

Les Docteurs H. Vignes et G. Blechmann, dans leur ouvrage *Les Prématursés* (1933), s'expriment en ces termes : « Nous reconnaissons volontiers que tire-



- | | |
|--|---|
| I Contact électrique. | E Caoutchouc reliant la pompe au manomètre |
| B Flacon-réservoir. | P Corps de pompe. |
| H Trous et organes de graissage. | C Écrou. } permettant de dégager la |
| R Bouton à facettes réglant la succion. | D Boulon } pompe du reste de l'appareil. |
| N Bout de sein en verre. | M Manomètre. |
| V Valve de caoutchouc pour l'excès de pression. | O Trop-plein. |

lait électrique américain du Dr Abt constitue une véritable révolution par rapport aux anciens modèles de tire-lait utilisés jusqu'à ce jour en Europe, et qui sont incapables d'imiter la succion physiologique du nourrisson. »

Le Professeur Hamm résume ainsi les analogies physiologiques de la succion naturelle avec la succion mécanique du tire-lait électrique (Revue de pédiatrie. — Juin 1929).

« La supériorité du tire-lait électrique sur tous les tire-lait indiqués jusqu'ici tient à ce qu'il imite admirablement la succion physiologique du nourrisson. Tout comme la bouche du bébé, cette pompe opère alternativement sur le mamelon de la nourrice deux mouvements opposés, un mouvement de succion exactement réglable par un bouton moleté, et lisible sur un manomètre gradué, et un mouvement de pression repoussant le mamelon, et dégeorgeant ainsi les conduits galactophores.

Ce va-et-vient automatique du mamelon dans l'entonnoire se fait avec une précision et une douceur qu'on ne saurait perfectionner davantage. »

*
**

Nous nous contenterons de faire de l'appareil une description sommaire, en indiquant brièvement son fonctionnement. Le tire-lait électrique se compose essentiellement :

1° D'un moteur électrique.

2° D'une pompe aspirante.

3° D'un manomètre indicateur du degré de l'aspiration effectuée.

4° D'un flacon, muni d'un entonnoir en verre de forme variable, relié à l'appareil par un tube de caoutchouc.

5° D'une valve avec régulateur permettant de régler l'intensité de l'aspiration.

L'appareil, branché sur le secteur électrique, est mis en marche. On bouche d'abord le tube de caoutchouc avec le doigt et on lit l'indication manométrique : elle doit être réglée au chiffre 2, on la diminue en tournant le bouton à facettes R à gauche, on l'augmente en le tournant à droite.

On dispose l'appareil sur une table. S'il s'agit d'une accouchée, celle-ci se place au bord de son lit, dans le décubitus latéral. On applique l'entonnoir contre le sein sans exercer de pression, le mamelon bien dans l'axe de l'entonnoir pour qu'il ne soit pas entraîné contre les parois de ce dernier, et on laisse l'appareil fonctionner quelques secondes au chiffre 2.

L'aspiration doit être faible au début, puis on l'augmente progressivement pour arriver au chiffre 7 ou 8, qui est le réglage optima. Le lait coule alors abondamment sans aucune sensation désagréable pour la nourrice. Il faut avoir soin de servir le flacon vertical pour éviter que le lait ne coule entre le sein et l'entonnoir.

Quand il s'agit d'une première traite, il est bon de mettre la maman en confiance en lui appliquant l'entonnoir, avant de le stériliser, sur la paume de la main. Elle se rend compte ainsi de la douceur et de la régularité de l'aspiration.

Soit que l'on penche trop le flacon, soit qu'on le laisse trop se remplir, une certaine quantité de lait peut se trouver entraîné vers la machine. Il est alors recueilli dans un tube en verre placé sous le manomètre. Il suffit dans ce cas d'arrêter le moteur, de dévisser ce tube qui sert de trop plein, et de le remettre en place après l'avoir nettoyé.

Il faut environ 8 à 10 minutes pour vider un sein, la pompe réalisant sensiblement le rythme physiologique de la tétée (28 suctions par minute). Il est excellent d'interrompre la succion, pendant quelques instants, toutes les deux ou trois minutes. On imite ainsi l'enfant qui interrompt sa tétée pour la reprendre ensuite.

L'asepsie de la traite est très simple à assurer ; il suffit de faire bouillir le flacon, l'entonnoir, le raccord en verre et le bouchon avec chaque tétée.

L'entretien du tire-lait électrique est des plus faciles, et sa durée pratiquement indéfinie. Des appareils en service depuis plus de huit ans dans certains hôpitaux ou pouponnières sont absolument intacts malgré le dur service qui leur est demandé.

Le tire-lait électrique américain n'est pas arrivé d'emblée à sa perfection actuelle. Plus de 15 modèles se sont succédés pour lui permettre d'atteindre sa forme définitive. Au début, ce n'était qu'une pompe aspirante, la nourrice ou l'infirmière réglant l'intermittence d'aspiration et de pression en bouchant ou en libérant du doigt un trou aménagé sur l'entonnoir de verre. Ce système n'était donc guère supérieur aux tire-lait précédents que par la suppression, ou tout au moins la réduction de la fatigue, mais l'asepsie de la traite n'était que relative, et la succipompe de de Rohan lui était presque préférable. On sait que lui fut adjoint un automatisme intégral et réglable qui transforma aussitôt le tire-lait électrique en un appareil de premier ordre. Son fonctionnement est maintenant d'une telle simplicité que l'appareil peut être mis entre toutes les mains, tout comme une tétérelle, avec cette différence que le résultat qu'on peut en attendre n'est pas comparable.

Nous parlerons plus loin des services que peut rendre le tire-lait électrique, non seulement dans les cas particuliers, mais encore dans des problèmes d'intérêt général comme celui des donneuses de lait, actuellement à l'ordre du jour.

Nous dirons maintenant quelques mots sur la diffusion du tire-lait électrique d'Abt dans son pays d'origine. Il est devenu, dans ce pays, indispensable. Toutes les maternités, tous les hôpitaux, toutes les cliniques où l'on s'occupe des tout petits possèdent un ou plusieurs appareils. Si l'on considère que, en

en bloc, 1500 établissements hospitaliers en sont munis, et qu'en outre fonctionne pour le dehors un service de location comprenant 400 appareils, on constate que le tire-lait électrique est entré définitivement dans la pratique journalière.

Nous avons déjà parlé des conditions dans lesquelles l'appareil d'Abt fit son apparition en France, où il ne jouit sans doute pas d'une popularité à la hauteur de son mérite. Non pas qu'on lui ait reproché le moindre défaut technique, car on ne saurait relever aucune note discordante parmi les jugements nombreux — tous élogieux — qui sanctionnèrent son emploi dans les milieux les plus autorisés, mais son prix d'achat a paru élevé. Il est juste de dire ici que ce prix a baissé dans des proportions importantes (30 %) et que, même s'il peut sembler encore cher, l'appareil d'Abt ne doit être jugé que sur les services inappréciables qu'il peut rendre à la protection de l'enfance, car il s'agit souvent de conserver des vies humaines (Pr Hamm).

Nous rappellerons en terminant ce chapitre qu'il existe également en France un service de location d'appareils, qu'aucun médecin n'a le droit d'ignorer le jour où il se trouve en face d'un des nombreux cas où l'enfant risque de se voir frustré de son droit à l'allaitement naturel.

CHAPITRE IV

INDICATIONS MULTIPLES DU TIRE-LAIT ELECTRIQUE, JUSTIFIANT LES ESSAIS DE DIFFUSIONS DE CET APPAREIL

L'appareil d'Abt a trouvé son application — attendue, devrait-on dire — dans deux grands ordres de cas :

1° Dans le premier rentrent les cas où la cause de dysgalactie à combattre est surtout d'origine physiologique. Ils ont été étudiées au chapitre II. La santé future — la valeur humaine, pourrait-on dire — du nouveau-né dépendra bien souvent, dans ces cas particuliers, de l'autorité éclairée du médecin traitant.

2° Le second ordre comprend tous les cas où l'enfant vient au monde dans des conditions précaires, soit qu'une cause pathologique grave lui interdise le sein de sa mère, soit que des difficultés sociales insurmontables aient le même effet. Le problème est donc plus délicat, et consiste à placer ces deshérités

dans des conditions sinon normales, du moins plus conformes à la nature.

Cette question, nous l'avons dit, est à l'ordre du jour. Elle entre dans le cadre de l'industrialisation du lait de femme, sous quelque forme que ce soit, qui peut et doit être réalisée.

Nous voulons parler dans ce chapitre des indications où le tire-lait électrique a été appelé à rendre des services, et nous ne pouvons mieux faire, pour poser la question, que reproduire la Communication de M. le Pr. Brindeau à la société d'obstétrique et de Gynécologie de Paris, datant du mois de novembre 1928, c'est-à-dire des débuts en France de l'appareil. Cette communication résume parfaitement les cas où l'emploi de cet instrument a les conséquences les plus heureuses :

« La pompe électrique du Dr Abt est très employée en Amérique. Nous l'avons essayée à la clinique Tarnier sur 23 femmes. Il résulte de cette expérience, trop courte, il est vrai, que l'instrument présente de gros avantages. Il permet :

1° De tirer une certaine quantité de lait que l'on peut donner à l'enfant quand celui-ci ne peut téter, ou quand on a besoin de lait de femme pour un autre enfant. En général, la quantité de lait peut atteindre de 60 à 80 gr. par tétée.

2° D'exciter la sécrétion lactée en appliquant la pompe aussitôt après la tétée. Les Américains insistent sur l'importance de la traite artificielle dès les

premiers jours des suites de couches. Ils disent qu'il est utile de « vider les seins » après chaque tétée.

3° De calmer les douleurs que qui accompagnent l'engorgement des seins.

4° De tirer le lait sans douleurs chez les femmes atteintes de crevasses ou de lymphangite.

5° De former les bouts de seins ombiliqués.

Cet instrument, basé sur le même principe que la succipompe, n'est pas comparable dans ses résultats; son application est *absolument indolore*. Le défaut de la pompe électrique est d'être difficilement transportable et de coûter cher. Il est appelé à rendre de grands services dans les maternités, mais non chez les particuliers.

Nous avons parlé, à la fin du chapitre précédent, des conditions d'utilisation actuelles du tire-lait, très améliorées, non seulement par l'abaissement important du prix d'achat de l'appareil, mais par la création d'un service de location qui donne une entière satisfaction à ceux qui y ont recours.

Le premier paragraphe de cette communication indique les cas où l'on est obligé de recourir à l'allaitement indirect, la cause étant imputable à l'enfant (malade, débile, prématuré, ou présentant une malformation de la bouche).

Le second résumé l'hypogalactie, cédant le plus souvent à une sollicitation physiologique du sein.

Le 3° est l'hypergalactie.

Le 4^e montre les cas où le tire-lait peut être employé comme agent thérapeutique pour guérir les accidents de la lactation d'origine traumatique, ou infectieuse.

Dans les cas faisant l'objet du 5^e paragraphe, on emploie l'appareil dans le même but, mais pour réduire une malformation du mamelon afin de le rendre propre à la succion.

Le 10 décembre 1928, le docteur Lantuéjoul publiait l'observation suivante (1) :

Il pare accouchant de deux enfants, un garçon pesant 1900 gr. et une fille 2100 gr. Les enfants, trop débiles, têtent mal, et les crevasses apparaissent de suite. Montée laiteuse très importante au début du troisième jour. La traite à la main ne donne aucun résultat. L'emploi d'un tire-lait est très douloureux et ne donne qu'une quantité de lait insignifiante. A l'aide du tire-lait électrique, voici le résultat obtenu sans douleur et avec la plus grande facilité, malgré la présence des crevasses qui guérissent en 48 heures :

4 ^e jour après l'accouchement.....	540 grammes
5 ^e jour — — — — —	575 grammes
6 ^e jour — — — — —	540 grammes
7 ^e jour — — — — —	620 grammes

En sept jours, la pompe électrique a permis d'obtenir 2375 gr. de lait maternel.

(1) Résumé de l'observation présentée par le D^r Lantuéjoul à la séance du 10 Décembre 1928 de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris, sous la présidence du D^r Brindeau.

Sans aucun doute, dans ce cas, seul l'emploi de la pompe électrique a permis de nourrir les enfants avec le lait maternel, de maintenir cet allaitement, tout en soulageant la mère et en laissant guérir les crevasses.

La pompe électrique a-t-elle permis en cette occasion de sauver l'existence de l'un ou des deux enfants ? Cette existence aurait certainement été menacée à plus ou moins brève échéance. Elle a en outre guéri très rapidement les crevasses, obstacle particulièrement grave dans ce cas d'accouchement gemellaire.

Il est évident que la traite électrique par l'appareil d'Abt peut rendre les mêmes services dans les cas d'enfants débiles ou prématurés. Elle entretient en outre une bonne sécrétion lactée dont l'enfant profitera dès qu'il en aura la force, et très rapidement dans le cas où le lait maternel ne lui fait pas défaut.

Le Docteur Benoist, dans sa thèse, rapporte cinq cas d'hypogalactie traités par le tire-lait électrique et conclut en ces termes :

Le tire-lait électrique, par les suctions prolongées et énergiques qu'il permet, par la congestion mammaire qu'il détermine, par la traite complète du sein à chaque tétée, nous semble pouvoir agir favorablement sur la sécrétion lactée.

Parmi ces cinq cas, l'observation X en rapporte un particulièrement intéressant :

Il s'agissait d'une V^e pare qui à la suite de son premier accouchement avait eu des abcès multiples du sein droit. Depuis, malgré toutes les tentatives, elle

n'avait jamais pu obtenir de ce sein une quantité de lait, même minime, à la suite de ses autres accouchements.

Le 1^{er} jour de la traite électrique (4^e jour après l'accouchement) on obtient difficilement 15 gr. de lait.

Le 2^e jour on obtient 65 gr. pour 3 traites.

Le 3^e jour — 50 gr. —

Le 4^e jour — 105 gr. —

Le 5^e jour, l'enfant prend directement au sein droit 50 gr. de lait. La quantité totale de lait obtenue en 24 heures pour ce sein est de 200 gr.

Le tire-lait électrique a donc pu vaincre, dans ce cas, une activité endormie de la glande mammaire ayant résisté à trois grossesses. Il n'est pas abusif de croire que le tire-lait s'est révélé supérieur à l'enfant, puisque seul, a pu réveiller une sécrétion lactée qu'on pouvait croire bien perdue.

L'hypergalactie n'est pas très grave, mais dans ce cas, le tire-lait ordinaire ou la traite manuelle ne peuvent se comparer au tire-lait électrique. Ajoutons que la traite est nécessaire pour éviter l'engorgement douloureux des seins.

Chez les nourrices atteintes de crevasses, nous avons montré l'intérêt qu'il y avait, pour éviter les complications toujours possibles, à les guérir au plus vite. Trois observations rapportées dans la thèse de Benoist concluent à une guérison rapide, en 3 jours, sans complication, et tout en continuant l'allaitement maternel.

Dans la 4^e observation (obs. VII) le sein gauche guérit rapidement, en 4 jours, sans infection. La reprise du sein droit par l'enfant, trop hâtive et intempestive, avant la cicatrisation des crevasses, détermine une lymphangite. L'emploi du tire-lait est abandonné pour ce sein et la lymphangite guérit rapidement sous l'effet des pansements humides.

Nous devons dire que les avis sont partagés en ce qui concerne l'indication absolue du tire-lait électrique en cas de lymphangite ou d'abcès du sein. Le Docteur Benoist ne rapporte que l'observation précitée, et estime plus rationnel le traitement classique, réservant pour la réactivation ultérieure du sein malade l'emploi du tire-lait électrique.

Par contre, le Docteur Labeaume, dans son cours de puériculture (Nathan, éditeur, 1933) écrit :

« Le tire-lait électrique est parfait pour vider un sein dur et engorgé dans les cas de crevasses, de lymphangite, dans tous les cas où la mère a cessé de donner le sein sans prendre la précaution de faire une bonne compression ».

Pour en revenir aux crevasses, les effets du tire-lait électrique pour leur traitement ne sont pas contestés. Le Docteur H. Vignes en fait le plus bel éloge (Le nourrisson — Janvier 1934) et s'exprime ainsi :

« C'est une des plus belles conquêtes de la mécanique appliquée à la médecine. L'emploi de cet appareil a les plus beaux effets, non seulement pour éviter l'apparition des crevasses, mais pour hâter leur disparition ».

Enfin, l'emploi du tire-lait électrique pour former les bouts de seins défectueux a donné les meilleurs résultats. Il semble que ce soit le seul appareil capable de remédier à cette importante cause de non-allaitement direct. Le Docteur Benoist, sur 5 cas traités, et ce sont des cas difficiles, n'enregistre qu'un échec « en rapport d'ailleurs avec la malformation particulièrement grave du bout de sein (obs. V.) ». L'échec est donc rare, et n'aboutit d'ailleurs pas à la privation du lait pour l'enfant, mais il nécessitera l'emploi prolongé du tire-lait électrique. Dans les quatre autres observations, les bouts de seins se sont fermés très rapidement, en un temps variant entre 3 et 6 jours.

Pour ne pas priver de lait maternel l'enfant présentant une malformation buccale, il faut aussi se résoudre à un emploi prolongé du tire-lait électrique. Mais la location possible d'appareils, à des prix nullement prohibitifs, impose son utilisation.

Le 2^e ordre de circonstances où le tire-lait électrique d'Abt prouve déjà, et prouvera encore plus son application, a été indiqué au début de ce chapitre. Nous ne ferons qu'une esquisse de ce problème dont l'importance n'échappe à personne, mais dont la réalisation pratique demande le concours de compétences autrement averties que la nôtre. La question des donneuses de lait, soulevée actuellement par la grande presse, et recueillant unanimement les approbations des accoucheurs, des pédiâtres, et des gens de bien en général, est à la base de ce problème. Les difficul-

tés d'exécution d'un tel projet ne sont nullement insurmontables (Professeur Lereboullet). C'est en somme un des côtés de la question de l'industrialisation du lait de femme. Nous avons déjà dit les services que rendait en Amérique le tire-lait d'Abt, où cette industrialisation a été créée depuis longtemps, à la diffusion du lait de femme. La question est de savoir si la traite électrique est préférable à la traite manuelle. Il semble que oui, et il est au moins permis de penser que la traite électrique est plus hygiénique, plus complète, plus rapide.

Les donneuses de lait existent d'ailleurs en France. Dans le service du Professeur Lereboullet, aux enfants-assistés, 18 nourrices vivent avec leur enfant et donnent le surplus de leur lait pour les nourrissons débiles ou malades. C'est le Professeur Marfan qui a créé cette organisation, et cette expérience basée sur la solidarité humaine a déjà permis de sauver des centaines d'enfants.

Dans l'œuvre de placement de nourrissons de Madame J. Lorthiois, à Tourcoing, réalisée sur les conseils techniques de M. le Professeur R. Debré et du Docteur M. Lelong, médecin des hôpitaux de Paris, la traite électrique est seule employée. Le surplus du lait des nourrices est tiré aseptiquement et conservé dans des flacons à la glacière. La quantité de lait ainsi recueillie est impressionnante. Outre les 3 tétées réservées à leur nourrisson, les nourrices fournissent en moyenne de 4 à 700 gr. de lait par jour ; certaines donnent 1 litre, 1 l. 400 et même davantage.

Nous parlerons dans le prochain et dernier chapitre du médecin praticien, collaborateur essentiel dans la majorité des cas, de l'allaitement maternel. Le problème de cet allaitement se présente à lui sous la forme d'une infinité de cas particuliers, et nous essaierons de comprendre comment son action individuelle peut contribuer à sa solution.

CHAPITRE V

LE MEDECIN PRATICIEN DEVANT LES DIFFICULTES DE L'ALLAITEMENT MATERNEL

La campagne actuelle pour les donneuses de lait, dont nous avons parlé à plusieurs reprises, recueille auprès des médecins qui s'occupent de l'enfance des approbations que l'on peut qualifier de catégoriques. Nous nous devons d'en rapporter ici, et en premier lieu celle du Professeur Robert Debré, à qui revient l'honneur d'avoir organisé à Tourcoing, avec la collaboration du Docteur Marcel Lelong et de Madame J. Lorthiois, le premier centre de distribution de lait de femme.

Voici en quels termes le Professeur Robert Debré apporte son adhésion au projet en cours :

« L'œuvre que vous préconisez est très intéressante. Déjà, dans une œuvre destinée à des enfants sains, j'ai pu, avec la collaboration du Docteur Marcel Le-

long et de Madame J. Lorthiois, organiser à Tourcoing un centre de distribution de lait de femme, qui donne des résultats remarquables.

De même, au placement familial des tout petits, nous usons largement du lait de femmes dans les mêmes conditions.

On ne peut qu'encourager une initiative tendant à multiplier les centres de ce genre et à généraliser cette méthode excellente ».

Nous ne pouvons qu'engager à lire la description de l'œuvre de Madame J. Lorthiois, faite par le Docteur M. Lelong dans la Revue médico-sociale de l'enfance, N° 1 - Janvier 1933, œuvre qui doit être connue de tous les médecins.

M. le Professeur Nobécourt est très affirmatif dans son approbation :

« L'allaitement naturel est la meilleure sauvegarde de la santé des bébés ; quand ceux-ci sont atteints de troubles graves de la nutrition et de diverses maladies, il devient une nécessité. L'initiative tendant à la création d'un centre de donneuses de lait répond à un besoin impérieux et mérite d'être encouragée. Oui, c'est œuvre nationale à réaliser, car l'enfant, c'est l'avenir de la nation ».

Non moins affirmative est l'adhésion du Professeur Couvelaire, qui y apporte cependant une restriction dont il faut tenir compte :

« Pour les petits enfants privés de lait maternel, il est souvent indispensable, pour assurer leur santé et parfois leur vie, que leur soit donné du lait humain.

Mais il ne faut pas que ce soit aux dépens de l'enfant dont la mère accepte de donner une partie de son propre lait ».

M. le Docteur Weil-Hallé « souscrit avec enthousiasme » au projet ; ainsi que M. le Professeur Lereboullet qui fait remarquer : « L'allaitement maternel est un des principaux facteurs de l'abaissement de la mortalité des enfants du premier âge, confiés à nos soins ».

Cette dernière phrase résume en somme la valeur de l'allaitement naturel pour le nourrisson.

Il n'est pas inutile de montrer maintenant le danger qui peut en résulter pour la France, si l'allaitement artificiel dépasse les limites dans lesquelles il doit être maintenu.

M. le Docteur Devraigne, accoucheur à l'hôpital Lariboisière, président de la fondation Budin et de la Mutualité maternelle de Paris, fait craindre ce danger dans son approbation au projet :

« Les avant-dernières assises départementales de la médecine Française dont le sujet était une enquête auprès de tous les médecins de France sur le Rachitisme ont constaté une diminution de l'allaitement au sein. Cela eut attristé profondément les deux grands maîtres puériculteurs que furent les Professeurs Pinard et Budin : pour le premier, l'allaitement du sein était la maternité du lait (après la maternité du sang) ; pour le second, « la meilleure goutte de lait pour l'enfant est celle qu'il trouve dans le sein de sa mère ». La campagne du journal qui se propose de

créer des donneuses de lait remplaçantes, nouvelle et heureuse formule, est une campagne d'une très haute portée sociale pour l'avenir de la France ; elle arrive à son heure. Comptez sur mon concours le plus absolu ».

*
**

Les droits naturels de l'enfant qui vient au monde doivent être défendus. C'est peut-être le plus grand service à rendre à l'avenir de la race française, c'est-à-dire à l'avenir du pays.

L'enfant vient au monde dans des conditions souvent très différentes, mais que l'on peut ramener à deux essentielles :

1° Il reste dans sa famille. Dans ce cas, une partie de ses droits repose souvent entre les mains du médecin de cette famille. Si l'allaitement naturel est en péril, soit que la mère hésite à l'entreprendre pour une raison futile, où plus souvent sérieuse, soit qu'un obstacle d'ordre physiologique ou pathologique risque de le compromettre, c'est le médecin qui aura la charge d'écarter le danger, et il ne fera jamais un tableau assez sombre de l'avenir, à l'entourage de l'enfant, pour éviter qu'une décision trop hâtive ne soit prise de ne pas commencer, de suspendre, ou d'arrêter l'allaitement maternel.

2° L'intérêt de l'enfant commande une séparation momentanée, partielle ou totale, d'avec sa famille. Ses droits naturels doivent être défendus par la com-

munauté, avec l'entremise d'œuvres sociales. Souvent aussi, dans ces cas, la décision initiale repose sur l'avis d'un médecin consulté à cet effet.

On voit donc l'importance du rôle du médecin praticien dans la question de l'allaitement naturel. Est-il placé dans les conditions nécessaires pour répondre parfaitement aux exigences de son rôle ? Oui, le plus souvent. Convaincu de l'utilité et de l'efficacité de ses efforts, il se montrera optimiste et convaincra à son tour les mères, à qui en dernière analyse incombe la plus lourde part du problème. Il leur assurera, comme pendant leur grossesse, la meilleure hygiène morale et physique possible. Veiller à la santé de la mère, c'est assurer la santé future de son enfant, et l'instinct maternel, dans l'immense majorité des cas, est assez fort pour se rendre facilement aux raisons puissantes que le médecin est en droit d'exposer à la mère.

Il n'est pas nécessaire d'insister à nouveau sur les nombreuses difficultés de l'allaitement maternel que le médecin est appelé à vaincre. Nous avons essayé de montrer qu'elles n'étaient pas insurmontables. Doit-il rejeter, dans les cas difficiles les moyens insuffisants d'écarter ces obstacles ? Oui, car leur inefficacité peut se montrer dangereuse dans ses conséquences futures.

Nous avons essayé de mettre en lumière tous les avantages — d'ailleurs déjà très connus — qu'apportait le tire-lait électrique du Docteur Abt comme auxiliaire de l'allaitement naturel et nous rappellerons

pour terminer, les paroles du Docteur Lantuéjoul :

« Il n'est pas exagéré de dire qu'il y a urgence à faire connaître l'appareil et à en généralisé l'emploi ».

CONCLUSIONS

De l'avis général, la principale source de santé de l'enfant est le sein de la mère. Tous les efforts doivent donc être faits pour éviter de laisser se tarir cette source.

1° Lorsqu'il se produit une déficience curable de la glande mammaire, le tire-lait électrique du Docteur Abt est d'une indication presque absolue : Il est le seul appareil actuellement capable de satisfaire aux exigences physiologiques de la sécrétion lactée.

a) soit qu'il s'agisse d'activer ou de réactiver une sécrétion lactée, cas où l'action du nourrisson le mieux doué est souvent inopérante.

b) soit qu'une malformation du mamelon rende la succion naturelle pénible ou impossible.

c) soit que l'on doive suppléer momentanément à une inaptitude physique du nourrisson à la succion.

2° Dans les cas où l'enfant ne peut bénéficier du lait humain que par l'allaitement indirect, l'appareil d'Abt peut être substitué avantageusement à la traite manuelle, car il permet d'effectuer une traite indo-

lore aseptique, rapide, et complète. Toutes ces conditions remplies favorisant une sécrétion lactée abondante, et supprimant en outre le danger de la contagion.

3° Il importe que le médecin praticien, dont nous avons souligné le rôle de premier plan, n'ignore pas la facilité avec laquelle le tire-lait électrique peut être mis à sa disposition quand un obstacle sérieux à l'allaitement demande un moyen énergique.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

S. CHARLETY.

Vu : *Le Doyen*

G. ROUSSY.

Vu : *Le Président*

BRINDEAU.

BIBLIOGRAPHIE

- ROCAZ. — L'Hygiène de l'enfant.
- BRINDEAU. — *Soc. d'Obst. et de Gynéco. de Paris*, 12 novembre 1928.
- LANTUÉJOUL. — *Soc. d'Obst. et de Gynéco. de Paris*, 10 décembre 1928.
- BENOIT. — *Recherches cliniques sur l'emploi d'une nouvelle pompe à lait électrique*. Thèse de Paris, 1929.
- HAMM. — *Revue Française de pédiatrie*, juin 1929, p. 279.
- LABEAUME. — *Cours de Puériculture*, Nathan, éd. 1933.
- H. VIGNES et G. BLECHMANN. — *Les Prématurés*, Masson et C^{ie}, 1933.
- BOCSKAY. — *Le tire-lait électrique du Docteur Abt*. Thèse de Paris, 1933.
- VIGNES. — *Le Nourrisson*, janvier 1934.
- MARFAN. — *Traité de l'Allaitement*, 1930 (4^e édition).

Imp. spéciale de la Librairie Le François, 91, bd St-Germain, Paris.

